



AUTHORIZATION TO OBTAIN & DISCLOSE MEDICAL INFORMATION

Please obtain medical records and information pertaining to medical history, mental or physical condition, service rendered, or treatment of:

Patient Name: _____ **Date of Birth:** _____
(please print) First MI Last

Please **OBTAIN** information **FROM** the following:

Please **SEND** my health information **TO:**
and

Name of Provider / Organization / Person

Name of Provider / Organization / Person

Street Address

Street Address (or specified FAX number)

City / State / Zip

City / State / Zip

Phone

Phone

Pertinent Medical Records: _____ **DOS:** _____

Specific Information as Indicated: _____

I understand that certain information cannot be released without specific authorization because of Federal or State laws.

By initialing below, I authorize the release of the following confidential information:

- _____ HIV test and test results and related information including high-risk behavior documentation
- _____ Drug / Alcohol diagnosis, treatment, or referral information
- _____ Mental health treatment information
- _____ Other (specify) _____

Reason for disclosure:

- Patient Care Insurance Claim Self
- Other (specify): _____

Restrictions: I understand that the information released may be subject to re-disclosure by the recipient and may no longer be protected.

Rights: I understand that I may refuse to sign this authorization and that my refusal to sign will not affect my ability to obtain treatment. I may inspect or copy any information to be used and / or disclosed under this authorization in accordance with organizational policy. I understand that I have the right to revoke this authorization in writing. My revocation will be effective upon receipt, but will not be effective to the extent that this organization has taken action in reliance upon this authorization.

Duration: This authorization shall begin immediately and remain in effect 180 days from this date.

Date: _____ **Time:** _____ **Signature:** _____
(Patient / legal representative)

If signed by other than patient, indicate relationship: _____

For Tuality Use Only:

- Date Received: _____
- Verification of Identity and Authority
- Fees explained if needed
- Records have been sent by: _____

Action!

- Mail Pick up by patient
- Call when ready Needs to be faxed
- Request complete

Date: _____



Tuality Healthcare

**AUTORIZACIÓN PARA OBTENER Y REVELAR
INFORMACIÓN MÉDICA**

Por favor obtenga los expedientes médicos y la información relacionada con el historial médico, la condición mental o física, el servicio prestado o el tratamiento de:

Nombre del Paciente: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____
(Imprima por favor) Primero Inicial Mediano Apellido

Por favor **OBTENGA** la información **DE:**

Por favor **ENVÍE** mi información médica **A:**

y

Nombre del Proveedor / Organización / Persona

Nombre del Proveedor / Organización / Persona

Dirección

Dirección (o especifique número de fax)

Ciudad / Estado / Código Postal

Ciudad / Estado / Código Postal

Teléfono:

Teléfono:

Todos los Historiales médicos Pertinentes: _____ **DOS:** _____

La Información específica como indicado: _____

Comprendo que cierta información no puede ser soltada sin autorización específica a causa de Federal ni las leyes de Estado.

Inicialando abajo, autorizo la liberación de la información confidencial siguiente:

- _____ La prueba de VIH y la prueba resultan e información relacionada inclusive documentación de alto riesgo de conducta
- _____ Endroge/diagnóstico de Alcohol, el tratamiento, o información de referencia
- _____ Información mental de tratamiento de Salud
- _____ Otro (especifique) _____

Razone para la Revelación:

- Cuidado del Paciente Reclamación de Seguro Uso Personal
- Otro (Especifique): _____

Limitaciones: Entiendo que la información revelada puede estar sujeta a nuevas revelaciones por parte del receptor y podría dejar de estar protegida.

Derechos: Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que mi negativa para firmar no puede afectar mi derecho a recibir tratamiento. Puedo examinar o copiar cualquier parte de la información que se va a usar o a revelar bajo esta autorización, de acuerdo con las normas de la organización. Entiendo que tengo derecho a revocar por escrito esta autorización. Mi revocación tendrá efecto desde el momento en que sea recibida, pero no tendrá efecto hasta el grado en que esta organización haya actuado dependiendo de esta autorización.

Vigencia: Esta autorización empezará inmediatamente y se quedará vigentes 180 días de esta fecha.

Fecha _____ **Hora:** _____ **Firma:** _____
(Paciente / Representante legal)

Si es firmado por una persona distinta al paciente, indique la relación: _____

For Tuality Use Only:

Date Received: _____

Verification of Identity and Authority

Fees explained if needed

Records have been sent by: _____ Date: _____

Action!

Mail

Call when ready

Request complete

Pick up by patient

Needs to be faxed